

## FOLKEHELSEPERSPEKTIVET OG LIBERALISERINGEN AV NORDISK ALKOHOLPOLITIKK

AV PROFESSOR RAGNAR HAUGE

*Nordic alcohol policy has traditionally had as its main target to prevent alcohol abuse and its consequences - drunkenness resulting in aggression, violence and other anti social acts as well as chronic abuse resulting in neglected children and poverty. However, from the late 1960s the focus has gradually changed. Instead there has been an increased preoccupation with the harmful consequences for the users themselves - especially health problems - resulting not only from alcohol abuse but also from more or less moderate drinking.*

*The argument in this paper is that the introduction of the public health perspective - with its preoccupation with the health problems alcohol cause for the users - has weakened the traditional alcohol policy. The argument for a strict regulation of alcohol is less obvious when based on harmful consequences for the users themselves, as compared with harmful effects for others. This is not least the case when the harmful effects often is of a kind which the public do not experience themselves, but may only be demonstrated through epidemiological research. In this situation the necessity of a restrictive alcohol policy is difficult to uphold.*

### **Liberaliseringen av alkoholpolitikken.**

I løpet av de siste 40 år har det skjedd en gradvis liberalisering av alkoholpolitikken i Norden - en utvikling som har vært særlig markert fra 1980-årene. Dette har gitt seg utslag på en lang rekke områder. En illustrasjon på dette for Norges vedkommende er økningen i antallet kommuner som har gitt bevilling til omsetning av alkohol. Og mens det i de kommuner hvor omsetning av alkohol fant sted i regelen bare var tillatt å omsette øl, er etter hvert omsetning også av brennevin og vin blitt vanlig. Denne utviklingen fremgår av tabell 1.

Frem til 1960 var over halvparten av de norske kommunene tørrlagte, i den forstand at det ikke var mulig å kjøpe eller bli servert hverken øl, vin eller brennevin der. Tallet falt imidlertid gradvis fra det ene år til det neste, slik at det i 1998 bare var en eneste kommune i hele landet hvor alkohol ikke ble omsatt.

Når det gjelder antall skjenkesteder i landet har det på samme måte vært en gradvis økning, fra 1.400 skjenkesteder i 1955 til over 6.000 i 1998. Minst like påfallende er det at mens bare 6 prosent av skjenkestedene i 1955 kunne servere brennevin, var andelen i 1998 økt til 60 prosent. Også på andre områder har det skjedd en gradvis liberalisering - antallet vinmonopolutsalg er økt, salgs- og skjenketidene er blitt utvidet og aldersgrensen for brennevin er redusert.

\* Title in English: *The Public Health perspective and the Liberalisation of Nordic Alcohol Policy.*  
Original in Norwegian.

Tabell 1: Prosent av norske kommuner hvor alkohol ikke er tillatt omsatt, samt antall skjenkesteder for alkohol i Norge 1955-1998.

	Kommuner uten omsetning av alkohol	Skjenkesteder for alkohol i alt		Derav: Skjenkesteder for brennevin	
	%	N	Indeks	N	%
1955	63	1409	100	88	6
1960	54	1785	127	191	11
1965	39	1879	133	253	13
1970	29	1997	141	320	16
1975	26	2033	144	431	21
1980	20	2439	173	592	24
1985	9	3119	221	863	28
1990	3	4591	326	1730	38
1995	0.4	5315	377	3019	57
1998	0.2	6061	430	3613	60

Denne utviklingen er ikke noe særnorsk fenomen - man kan også finne den i de andre nordiske land. I Finland økte f eks antallet skjenkesteder fra 1.525 i 1980 til 4.274 i 1997 og i Sverige fra 2.786 til 8.372 i samme tidsrom - ikke medregnet skjenkesteder som skjenket "folkøl", hvor plikten til å ha bevilling bortfalt fra og med 1995. For begge land har det med andre ord skjedd en tredobling av antallet skjenkesteder (Holder m fl 1998).

Man kan spørre seg hva som er forklaringen på denne utviklingen? En forklaring er kanskje at det avspeiler en generell liberalisering som har funnet sted i samfunnet. I hvert fall på det økonomiske område er det lett å påvise at det har skjedd en slik liberalisering. I 1980-årene - med Margareth Thatcher, Ronald Reagan og Helmut Kohl som ledere for den vestlige verden - slo den moderne markedsliberalismen igjennom. Selv om andre i dag har overtatt etter disse, står markedsliberalismen sterkere enn noen gang.

Men økonomisk liberalisme trenger ikke avspeile seg i mer liberale holdninger på andre områder. Og de faktiske forhold er at i takt med den økte markedsliberalisme har det på mange områder skjedd en utvikling i retning av en sterkere sosial kontroll - som særlig har rammet svakere grupper. Innenfor kriminalpolitikken har 1960- og 1970-årenes kamp for av- og nedkriminalisering blitt avløst av kravet om styrkelse av lov og orden - politiet er tilført økte ressurser, straffene er økt og tiltak med sikte på å inkapasitere tilbakefallsforbrytere har fått ny aktualitet (Hauge 1996). Kvinnefrigjøringen har ikke lenger den samme gjennomslagskraft - det hevdes at den tradisjonelle kvinnerolle er på vei tilbake.

Sosiale støttetiltak er bygget ned - ideologien er at for å få sosial stønad skal man gi gjenytelser ved å utføre det arbeide myndighetene pålegger en. Og innvandringsbegrensninger og krav om tilbakesending av innvandrere preger debatten - i hvert fall for de innvandrere som ikke tilpasser seg det etablerte mønster.

Også når det gjelder bruk av andre psykoaktive stoffer enn alkohol synes det å være mindre aksept enn tidligere. Når det gjelder tobakk har utviklingen gått i retning av stadig utvidede røykeforbud. Det er heller ikke tegn til større aksept av cannabis og de andre stoffer som i lovgivningen er klassifisert som narkotika.

Liberaliseringen i forhold til alkohol synes derfor på mange måter å fremstå som et særegent fenomen - og i strid med utviklingen på svært mange andre områder. Noe sikkert svar på hvorfor alkohol står i en slik særstilling er selvfølgelig vanskelig å gi. Det skyldes trolig flere ulike forhold, og et hvert forsøk på å gi et svar må bli mer gjetning enn faktisk kunnskap. Men i hvert fall én mulig forklaring er at introduksjonen av folkehelseperspektivet har svekket begrunnelsen for den tradisjonelle, restriktive alkoholpolitikk som man har hatt i Norden, og åpnet for den liberalisering man har vært vitne til.

### **Bakgrunnen for den restriktive alkoholpolitikken**

Da alkoholpolitikken i Norge - og i de andre nordiske land - ble formet i siste halvdel av 1800-tallet, tok den først og fremst sikte på å motvirke de skadevirkninger alkoholmisbruk hadde blant jordbruksarbeiderne og småbøndene på landet og ikke minst innenfor den industriarbeiderklassen som var i ferd med å vokse frem. Og det var særlig de skadene det påførte andre enn misbrukerne selv som sto i sentrum for interessen. Alkoholmisbruk ble ansett for å være en vesentlig årsak til fattigdom og elendighet i arbeiderklassen ved at misbruket førte til at de drakk opp sine penger, mistet arbeidet og ble ute av stand til å forsørge sin familie. Alkoholmisbruk ble ansett som hovedforklaringen på kriminaliteten innenfor de lavere sosiale lag, både ved at misbrukerne i drukkenskap gikk til angrep på sine medmennesker og at de grep til tyverier og ran for å skaffe seg midler til alkohol. Og foreldres alkoholmisbruk førte til mishandling og vanskjøtsel av barna innenfor arbeiderklassen, slik at disse ble presset ut i kriminalitet, prostitusjon og annen asosialitet (Hauge 1998).

Mens det til å begynne med var filantroper fra de øvre samfunnslag som var opptatt av å bekjempe alkoholmisbruket innenfor arbeiderbefolkningen, oppsto fra slutten av 1800-tallet en allianse mellom den mer folkelig, religiøst orienterte avholdsbevegelsen og arbeiderbevegelsen. Sammen utgjorde de en mektig politisk kraft som i fellesskap utformet hovedprinsippene bak alkoholpolitikken. Alkohol skulle være vanskelig tilgjengelig. Og i den utstrekning alkohol ble gjort tilgjengelig, skulle prisene være høye og omsetningen strengt regulert.

Hovedprinsippene og hovedbegrunnelsen for alkoholpolitikken sto nærmest urokket helt frem til 1960-årene. Det var kampen mot alkoholmisbruket og de

skadevirkninger den hadde for alkoholmisbrukerens nærmeste og for samfunnet som var drivkraften bak den. Gjennom ulike undersøkelser hadde man også fått vitenskapelig dokumentasjon av de skader som fulgte i misbrukets fotspor. Undersøkelser av barn tatt under omsorg av det offentlige viste at alkoholmisbruk blant foreldrene var utbredt. Blant dem som måtte ty til fattigforsorgen for økonomisk støtte var alkoholproblemer utbredt. Og en lang rekke undersøkelser av innsatte i fengslene hadde vist at svært mange av dem hadde alkoholproblemer og at særlig voldsforbrytelser - men også mange andre lovbrudd - ble utført av berusede gjerningsmenn. Dessuten hadde man fått en ny type lovbrudd - promillekjøring - som til fulle bekreftet alkoholens skadevirkninger.

### **Totalkonsum og folkehelse.**

Etter hvert slo imidlertid et nytt syn igjennom. Dette synes å ha skjedd i to faser, som riktig nok er nært knyttet sammen. Den første fasen kan grovt anslås til å omfatte perioden fra slutten av 1960-årene og frem til begynnelsen av 1980-årene. Denne fasen innebar en endring i synet på alkoholmisbruk, og hang sammen med at den såkalte totalkonsumsmodellen fikk gjennomslag. Den siste fasen kan tidfestes til perioden fra begynnelsen av 1980-årene og frem til i dag. I denne fasen slo folkehelsesynspunktet igjennom. Felles for begge disse fasene var at de sprang ut av den nye, metodisk og teknologisk avanserte alkoholforskningen som var oppstått.

Denne forskningen kan delvis tilbakeføres til fremveksten av de nye samfunnsvitenskaper - som ble egne universitetsfag etter avslutningen av annen verdenskrig. Innenfor den nye alkoholforskning forlot man dikotomien misbruk/ikke-misbruk - hvor definisjonen ofte kunne være mer bestemt av sosiale forhold enn av vedkommendes forhold til alkohol. I stedet tok man utgangspunkt i personenes faktiske alkoholforbruk målt i ren alkohol over bestemte perioder, noe som ble muliggjort ved bruk av enquete- og intervjuetodikk. På grunnlag av forskningsresultatene mente man å kunne påvise at den enkeltes forbruk av alkohol sto i sammenheng med det samlede forbruket av alkohol innenfor den befolkningsgruppe vedkommende tilhørte. Når det samlede alkoholforbruket i vedkommende befolkning økte, ga dette seg utslag i at samtlige konsumentgrupper økte sitt forbruk, mens et redusert totalkonsum førte til at samtlige konsumentgrupper reduserte sitt forbruk. Andelen misbrukere - eller rettere andelen storkonsumenter - varierte følgelig i takt med totalkonsumet av alkohol i vedkommende befolkning.

Man mente også å kunne påvise at det var innenfor de høyere sosiale lag at alkoholforbruket - og derigjennom andelen storkonsumenter - var høyest. Men i de øvre sosiale lag var sosiale problemer som følge av et høyt alkoholforbruk ikke særlig utbredt. De sosiale problemer man fant i de lavere sosiale lag kunne derfor ikke uten videre koples til alkoholmisbruket. Det problematiske ved et høyt alkoholforbruk var først og fremst de helsemessige skadevirkninger det

hadde for storforbrukerne selv - ikke minst de smerter knyttet til leveren som man i uminnelige tider hadde visst kunne tilbakeføres til et stort forbruk av alkohol - og i mindre grad de sosiale problemer det førte til for andre.

Den neste fasen i utviklingen - som innebar et skifte i forskningsinteressen fra misbruk til bruk - kom med den teknologiske utvikling av moderne datamaskiner, og ikke minst introduksjonen av de personlige datamaskinene fra 1980-årene. Disse gjorde det mulig for den enkelte forsker å behandle data uten begrensninger i utvalgsstørrelse og antall variabler. I takt med den tekniske utviklingen ble det også utviklet dataprogrammer med stadig mer avanserte, statistiske analysemetoder. Ved å analysere store datamasser ved hjelp av raffinerte statistiske teknikker, kunne man nå avdekke lite frekvente sammenhenger som man tidligere ikke hadde hatt mulighet til å påvise. Det man særlig konsentrerte seg om var medisinske skadevirkninger - både ved at medisinske forskere annekterte samfunnsvitenskapelige metoder, og ved at samfunnsvitenskapelige forskere beveget seg inn på medisinsens område. Og man mente å kunne fastslå at svært mange sykelige tilstander - som ulike kreftformer, hjerte- og karlidelser og generell dødelighet - viste en statistisk samvariasjon med alkoholbruk.

Det var altså ikke bare et meget høyt alkoholforbruk - over lengre tid eller i en bestemt drikkesituasjon - som førte til skadevirkninger for brukerne, men også det man betraktet som et mer eller mindre moderat alkoholbruk. Man kunne endog hevde at skadevirkningene av moderat alkoholbruk samlet sett var større enn skadevirkningene for storkonsumentene. Ikke fordi risikoen for den enkelte alkoholbruker for å pådra seg slike skader er så stor. Men fordi de moderate alkoholbrukere er så mange flere, vil skadevirkningene for gruppen som helhet kunne være større enn i den vesentlig mindre gruppen av storforbrukere. Fra et folkehelsesynspunkt var det derfor ikke de alkoholskader som kunne tilbakeføres til misbruk som primært var av interesse - men de skader som kunne ramme en hver alkoholbruker.

### **Konsekvensene for alkoholpolitikken.**

Totalkonsumsmodellen og folkehelseperspektivet fikk gradvis gjennomslag i de nordiske lands alkoholpolitikk i 1970- og 1980-årene (Sutton 1998, Tigerstedt 1999). Norge var antagelig det landet som var først ute. Innenfor norsk alkoholpolitikk ble totalkonsumsmodellen for første gang presentert som et grunnlag for alkoholpolitikken i en stortingsmelding "Om alkoholproblemet og tiltak for å fremja edruskapen" i 1973. Der heter det bl a (St meld nr 88 1972-73:7):

"Når gjennomsnittskonsumet aukar, vil ein altså ikkje kunne forklare det berre med at dei som tidlegare drakk, nå har auka forbruket sitt. Heller ikkje kan ein forklare det med at det berre er storkonsumentane som nå drikk meir. Ein auke i gjennomsnittskonsumet kjem tvert om vanlegvis av at personar på alle konsumnivå aukar forbruket sitt...Når gjennomsnittskonsumet aukar, må ein difor vente at ein del personar som tidlegare var utanfor faresona, nå rykker inn i denne "sona". Vidare vil sjansen til sjølv å oppleve skadeverknader - eller vera årsak til slike - ofte ha auka for personar som var i faresona frå før."

I stortingsmeldingen la man først og fremst vekt på at det var storkonsumentene - de som var i faresonen for misbruk - som gjennom økningen i totalkonsumet ville pådra seg eller være årsak til alkoholskader. Folkehelseperspektivet - at også moderat alkoholbruk kunne føre til helseskader - var enda ikke kommet frem. Antydninger om dette finner man først i en ny stortingsmelding fra 1980 "Om alkoholpolitikken", men først og fremst i den neste stortingsmelding fra 1987 - som karakteristisk nok ble gitt tittelen "Alkohol og folkehelse". Som det heter i meldingen (St meld nr 17 1987-88:5-6):

"Vi vet stadig mer om alkoholens helsemessige og sosiale skadevirkninger - ikke bare for storforbrukerne, men også for den enkelte forbruker og for samfunnet som helhet. Vi bør derfor i større grad enn tidligere rette oppmerksomheten mot de samfunnsmessige konsekvensene av alkoholbruk sett ut fra et helseperspektiv."

I tråd med dette ble det i den nye alkoholloven av 1989 - som trådte i kraft 1. januar 1990 - i § 1 fastslått at formålet med loven er "å begrense i størst mulig utstrekning de samfunnsmessige og individuelle skader som alkoholbruk kan innebære." Det er skadene av bruken - og ikke misbruket - som er det sentrale, og da primært de helseskader som rammer brukerne og derigjennom samfunnet som ansvarlig for helsevesenet.

Internasjonalt fikk totalkonsumsmodellen og folkehelseperspektivet gjennomslag ved rapporten "Alcohol Control Policies in Public Health Perspective", som ble publisert av en forskergruppe i 1975, hvor nordiske forskere under ledelse av Kjetil Bruun sto sentralt. Og på generalforsamlingen i Verdens helseorganisasjon i 1980 ble det - under påvirkning av de nye bedriftsøkonomiske teorier om målstyring - vedtatt en anbefaling til medlemslandene om å redusere alkoholforbruket i befolkningen med 25 prosent innen år 2000.

### **Konsekvenser av folkehelseperspektivet.**

Introduksjonen av folkehelseperspektivet har medført en radikal endring i begrunnelsen for alkoholpolitikken. Formålet med alkoholpolitikken var tidligere å forhindre alkoholskader som primært rammet utenforstående tredjemenn - de som ble offer for misbrukernes kriminalitet, pårørende som ble hensatt i fattigdom fordi misbrukeren drakk opp de pengene de skulle leve av, eller barn som ble vanskjøttet pga foreldrenes misbruk. Men under påvirkning av totalkonsumsmodellen og folkehelseperspektivet ble den sentrale målsetningen i stedet å forhindre at alkoholbrukeren selv ble rammet av alkoholskader - og da først og fremst medisinske skadevirkninger.

Å forhindre at noen skades på grunn av andres atferd, er hovedbegrunnelsen for de fleste inngrep i den individuelle handlefrihet i et demokratisk samfunn. At alkoholpolitiske tiltak må kunne settes inn for å forhindre skader for andre er derfor noe som nær sagt enhver vil akseptere. Annerledes stiller det seg imidlertid dersom tiltakene må begrunnes i at de er nødvendige for å hindre at vedkom-

mende skader seg selv. Tiltak begrunnet i slike paternalistiske betraktninger aksepteres stort sett bare overfor barn, utviklingshemmede, psykisk syke og eventuelle andre som man mener ikke er i stand til å handle rasjonelt. For alle andre er maksimen at vedkommende selv må ta ansvaret for sine handlinger - og eventuelt lide de konsekvenser som dette medfører.

Det er derfor vanskelig å finne støtte for begrensninger i tilgjengeligheten av alkohol begrunnet i paternalistiske betraktninger. Innenfor en paternalistisk preget alkoholpolitikk er det ikke restriktive tiltak som dominerer - men opplysningskampanjer og informasjonstiltak med sikte på bevisstgjøre brukerne om skadevirkningene og å få dem til å avstå fra skadelig bruk.

Forholdene når det gjelder andre psykoaktive stoffer kan kanskje illustrere dette. Kunnskapene om at røyking er helseskadelig for brukerne er ikke nye - selv om mange fremstiller dem som det. Men til tross for dette har tobakkspolitikken - dersom man kan tale om en tobakkspolitik - vært preget av en ekstrem liberalisme. Dette gjelder fremdeles - selv om det i dag er akseptert at tobakk er vesentlig mer helsefarlig enn alkohol og svært mange andre psykoaktive stoffer. Men til tross for dette har tobakk vært og er fremdeles en nærmest fri handelsvare som ikke er underlagt særlig kontroll. Det er i stedet informasjon og opplysning om skadevirkningene som er de tiltak man griper til for å redusere røykingen.

I den senere tid har det riktig nok blitt innført relativt sterke begrensninger for selve røykingen. Dette kunne kanskje sees som et eksempel på at også stoffer som ikke skader andre enn brukeren selv, tross alt kan være strengt regulert. Men ser man nærmere på begrunnelsen for røykeforbudene, vil man se at de nettopp er begrunnet i hensynet til skadevirkningene for andre. De er innført med sikte på å forhindre de skadevirkninger som ligger i at astmatikere og andre som plages av røyken utsettes for den. Det var først da man skapte begrepet passiv røyking at man fikk en begrunnelse for å gripe inn med restriksjoner, og - hva som er enda viktigere - at det ble akseptert at man kunne gripe inn.

Når det gjelder narkotikapolitikken er forholdet det samme. Det er ikke for å forhindre de skader som narkotikabrukerne selv pådrar seg som begrunner narkotikapolitikken, men å forhindre de skadevirkninger de påfører andre. I dette har anti-narkotika lobbyistene hatt stor suksess - og fått aksept for sitt bilde av narkotikahandelen som hovedgrunnet for profesjonell kriminalitet, og narkotikabruken som hovedforklaringen på prostitusjon og vinningskriminalitet. Narkotika har på mange måter erstattet den rolle alkohol tidligere hadde - i hvert fall i de nordiske land - som forklaring på asosialitet og samfunnsproblemer. Mot denne bakgrunn har man bygget opp et ekstremt omfattende og inngripende kontrollsystem overfor narkotika.

Når det gjelder alkohol har som nevnt utviklingen gått den motsatte vei. Etter hvert som folkehelseperspektivet har slått igjennom, har oppmerksomheten i stadig større grad blitt konsentrert om de skadevirkninger alkoholbruken har for

brukerne, til fortregning for de skadevirkninger misbruket har for andre. Denne dreiningen av interessen fra misbruk til bruk og fra skadevirkninger for tredje part til skadevirkninger for brukerne, har ført til at nødvendigheten og legitimiteten av alkoholpolitiske inngrep har blitt svekket. På samme måte som når det gjelder bruk av tobakk - eller å spise overdrevne mengder fettholdig mat eller foreta risikopregede aktiviteter som hanggliding eller fjellklatring - har synspunktet om at skadevirkningene av alkoholbruk primært rammer brukerne selv, ført til at det blir overlatt til vedkommende selv å beskytte seg mot alkoholskader uten inngrep fra det offentlige side.

På visse områder har riktig nok restriksjonene den samme plass som før, nemlig der hvor farene for at bruken kan skade andre er åpenbar. Man aksepterer straff for promillekjøring - ikke fordi vedkommende kan skade seg selv, men fordi det kan skade andre trafikanter. Man aksepterer alkoholforbud på idrettssarrangementer - fordi dette er til sjenanse for andre publikummere. Og man aksepterer tvangsbehandling av gravide misbrukere - fordi det kan skade fosteret. Men generelle begrensninger i tilgjengeligheten for den vanlige alkoholbruker bygges ned - fordi den enkelte selv må ta ansvaret for sitt alkoholbruk.

### Nasjonale forskjeller i alkoholpolitikken.

Folkehelseperspektivet kan kanskje også belyse forskjellene i alkoholpolitikken mellom sør og nord i Europa. Det er et velkjent faktum at det er store forskjeller når det gjelder bruk av alkohol mellom Sør-Europa på den ene siden og de nordiske land på den annen, slik det fremgår av tabell 2.

Tabell 2: Årlig omsetning av alkohol i enkelte europeiske land målt i liter ren alkohol per innbygger i 1965 og 1997.

	1965	1997
Island	2.6	3.1
Norge	2.8	4.3
Sverige	4.6	5.1
Finland	2.6	7.0
Danmark	5.0	9.9
Frankrike	17.3	10.9
Portugal	13.9	11.3
Spania	11.2	10.1
Italia	12.8	7.9

Kilde: World Drink Trends, 1990 and 1998 Editions.

I 1965 hadde de nordiske land det laveste registrerte alkoholkonsum i Vest-Europa, mens de sør-europeiske landene lå på topp. Og til tross for at man skul-



le tro at en restriktiv alkoholpolitikk var mer nødvendig i de landene hvor alkoholforbruket lå høyest, var forholdet som alle vet det motsatte. Mens de nordiske land tradisjonelt har vært preget av en meget restriktiv alkoholpolitikk, har dette knapt vært et tema i Sør-Europa.

Tradisjonelt har dette vært forklart med at drikkemønsteret skiller mellom sør og nord. I Sør-Europa er alkohol - og da oftest i form av vin - primært en måltidsdrikk. Selv om den enkelte konsument i løpet av et år drikker vesentlig mer enn i Norden, er forbruket spredt ut over dagen og året slik at man sjelden oppnår noen særlig høy beruselsesgrad. Samtidig finnes det sosiale normer som foreskriver at man ikke skal vise sin beruselse. Annerledes er det i Nord-Europa, hvor alkohol - oftest i form av øl eller brennevin - blir sett på som noe man drikker i forbindelse med fester og selskapelighet, og hvor selv en høy beruselsesgrad blir ansett som normalt.

Det som er viktig ved denne forskjellen er at den først og fremst gir seg utslag i skadepanoramaet. Drikkemønsteret i Sør-Europa har ført til at alkoholskadene primært rammer brukerne selv gjennom økt sykkelighet og dødelighet. I Norden har derimot skadevirkningene i langt høyere grad vært slike som rammer tredjemenn. Og fordi alkoholpolitiske restriksjoner primært er begrunnet i å forhindre de skader som rammer andre enn alkoholbrukeren selv, har behovet for en restriktiv alkoholpolitikk fortonet seg som mindre vesentlig i Sør-Europa enn i Norden.

Men introduksjonen av folkehelseperspektivet kan ha hatt ulik betydning i de ulike land. Mens det i Norden synes å ha ført til en liberalisering av alkoholpolitikken - med økt forbruk som en av konsekvensene - kan den ha hatt motsatt virkning i Sør-Europa hvor alkoholskader som rammer brukerne selv er de mest utbredte. Den økte bevisstgjøring om disse skadene som folkehelseperspektivet har medført, kan ha ført til at noen av denne grunn har redusert sitt alkoholforbruk og åpnet for alkoholpolitiske tiltak. Dette kan kanskje være en forklaring på at man i Sør-Europa finner en klar nedgang i alkoholforbruket i den samme periode hvor man i Norden har hatt en økning.

Danmark - som ikke er omtalt i det foregående - står i en særstilling i Norden. Mens alkoholforbruket i Danmark i 1950-årene lå på omtrent samme nivå som i de andre nordiske land, steg det meget sterkt i løpet av 1960- og 1970-årene. I begynnelsen av 1980-årene nådde det over 10 liter ren alkohol per innbygger - nesten på høyde med nivået i Sør-Europa. De argumenter som begrunnet alkoholpolitikken i de andre nordiske land - skadene for tredje person - syntes ikke å ha den samme gjennomslagskraft i Danmark, kanskje fordi drikkemønsteret der har et mer "kontinentalt" preg og sosiale skadevirkninger er mindre vanlige. Det høye alkoholforbruket har imidlertid ført til at helseskader som kan tilbakeføres til alkoholbruk er mer utbredt i Danmark enn i de andre nordiske land. Å begrense alkoholkonsumet ut fra helsemessige betraktninger har derfor en større realitet i Danmark enn i de andre nordiske land - på samme måte som det

har større realitet i Sør-Europa enn i Nord-Europa. Kanskje er dette forklaringen på at alkoholforbruket i Danmark - i motsetning til de andre nordiske land - har vist en stagnasjon og svak nedgang i løpet av de siste 20 år. Introduksjonen av folkehelseperspektivet kan ha ført til at man har blitt mer bevisste de helseproblemer det høye alkoholforbruket kan skape.

### Avslutning

Liberaliseringen av alkoholpolitikken i de nordiske land i de senere år, kan utvilsomt tilbakeføres til flere forhold. Den omlegging av alkoholpolitikken som Danmark, Finland og Sveriges medlemskap i EU - og Norge og Islands tilslutning til det europeiske økonomiske samarbeidsområdet, EØS - har medført, er ett slikt forhold. Økt internasjonal kontakt - og derigjennom kontakt med andre lands alkoholpolitikk og drikkemønster - er et annet. Men den endring i synet på og holdningene til alkoholbruk og alkoholskader som folkehelseperspektivet har medført, er trolig den aller viktigste.

Et nytt moment har imidlertid kommet til. Argumentet om at man bør begrense sitt alkoholkonsum ut fra helsemessige betraktninger, har selvfølgelig bare gjennomslagskraft så lenge man kan dokumentere at alkohol er helseskadelig. Men etter hvert har det kommet undersøkelser som tyder på at et moderat alkoholbruk - i hvert fall på enkelte områder - synes å ha gunstige helseeffekter. Selv om disse undersøkelsene er få og resultatene omtvistet, slår de sprekker i det grunnlag folkehelseperspektivet bygger på. Og dersom synet på alkohol som helsefremmende får gjennomslag, innebærer det at enda en skanse mot liberaliseringen av alkoholpolitikken står for fall.

### REFERANSER:

- Braun, K. m fl (1975): *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Helsinki.
- Hauge, R. (1996): *Straffens begrunnelser*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Hauge, R. (1998): *Norsk alkohollovgivning gjennom 1000 år*. Rusmiddeldirektoratet, Oslo.
- Holder, H. m fl (1998): *European Integration and Nordic Alcohol Policies*. Ashgate, Aldershot.
- Stortingsmelding nr 88 - 1973-74 (1973): *Om alkoholproblemet og tiltak for å fremja edruskapen*. Sosialdepartementet, Oslo
- Stortingsmelding nr 24 - 1980-81 (1980): *Om alkoholpolitikken*. Sosialdepartementet, Oslo.
- Stortingsmelding nr 17 - 1987-88 (1987): *Alkohol og folkehelse*. Sosialdepartementet, Oslo.
- Sutton, C. (1998): *Swedish Alcohol Discourse*. Acta Universitatis Uppsaliensis. Studia Sociologica Upsaliensia 45, Uppsala.
- Tigestedt, C. (1999): *Det finns inte längre någon alkoholpolitik. Nordisk alkohol & narkotikatidskrift*, 16:79-91.

Adresse: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning  
 Dannevigsvæien 10  
 N-0463 Oslo